Form-DVAD-59 Rev.02 Emissão: 23/06/2017	**TERMO DE FORMALIZAÇÃO DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA**	Unimed Grande Florianópolis

Nome do beneficiário:

_____

1. Para efeitos deste termo, entende-se como **Cobertura Parcial Temporária (CPT**) aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

2. Ficam suspensos da cobertura os eventos cirúrgicos, internações em leitos de alta tecnologia (UTI e similares) e os procedimentos de alta complexidade, listados no Rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), tais como: Ressonância magnética, tomografia, angiografia, cateterismo, angioplastia, cintilografia, litotripsia, pesquisa vírus HIV qualitativo e quantitativo de carga viral, quimioterapia, radioterapia, contagem de células CD34 / CD45 positivas, HTLV-I, por PCR, bem como demais constantes no Rol de procedimentos da ANS, relacionados exclusivamente à doença ou lesão preexistente CID (s): _____.

A listagem completa dos procedimentos de alta complexidade estão especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

3. A cobertura para doença ou lesão preexistente ficará suspensa pelo período de _____ meses contados a partir da contratação ou da adesão ao plano.

4. O beneficiário declara conhecimento do período de suspensão da cobertura contratual dos procedimentos de alta complexidade, eventos cirúrgicos, internações em leitos de alta tecnologia em razão de doença ou lesão preexistente.

_____

Assinatura do Beneficiário ou responsável legal

Nome _____

CPF _____

Data: ____/____/_____